Rok XXXI. Kraków, 27 Lutego 1892. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Anatomija i klinika białkomoczu w świetle nowoczesnéj patologii.

Na podstawie protokołów sekcyjnych kliniki uniwersyteckiéj w Berlinie.

Skreślił

M. Misiewicz w Łodzi.

Ponieważ białkomocz towarzyszyć może najróżnorodniejszym sprawom chorobowym, bądź pochodzenia zakaźnego, bądź zapalnego, bądź wreszcie na tle zmian w narządzie nerwowym (czuciowym, naczynio ruchowym i troficznym), musielibyśmy więc przytoczyć nieomal cały arsenał patologii, aby dać przybliżone choćby pojęcie o nim, jako objawie współtowarzyszącym, i jako o cierpieniu samoistnem.

Na domiar tego spostrzegano białkomocz i w stanie normalnym, jako objaw zwykły, niewinny, i według Senatora (1) nie podlega dziś kwestyi, iż istnieje *Albuminuria physiologica*, w któréj ilość białka o mało przekracza granice, dostępne dla analizy. Z białkiem ma się tu rzecz tak samo, jak z kwasem szczawiowym i cukrem w moczówce zwykłéj. Między czynnikami przyczynowemi wymienia Senator forsowną pracę fizyczną, czas trawienia, zimne kąpiele, wstrząśnienia moralne i przygnębienie, a u kobiet nadto czas menstruacyi. Białkomocz fizyologiczny trwa zwykle krótko, jest objawem przejściowym, z którym liczyć się jednak należy u ludzi starych, u których najmniejsze ilości białka w moczu są podejrzane; a uznać go można za objaw nie chorobowy tylko wtedy, gdy człowiek robi wrażenie zupełnie zdrowego, gdy ciężar gatunkowy, kolor moczu żadnych nie przedstawiają zmian, gdy wolnym on jest od domieszek ustrojowych i tkankowych, a sama ilość białka nie przekracza 0.4 pro mille.

Zkąd bierze się białko przy zdrowych nerkach i w stanie fizyologicznym? Na to pytanie odpowiada nam v. Noorden, iż białko pochodzi ze krwi, krążącéj w naczyniach labiryntu, i podczas wydzielania łączy się z moczem, wyłączonym z kanalików moczowych, a przy tem ginie pewna część i tak już ograniczonéj jego ilości. Jeżeli transsudacja białka się wzmoże z jakich bądź powodów, a mocz stanie się bogatszym w białko, lub wydzielina kanalików ulegnie ilościowemu zmniejszeniu, wtedy powstaje białkomocz fizyologiczny.

Prócz Senatora uznaje tę postać białkomoczu i Barthels, (*Handb. d. Krankh. d. Harnapp.* 1875) twierdząc, iż zupełnie zdrowe(?) nerki zawierać mogą białko przy zmianach w parciu naczyń; Leube (*Arch. f. klin. Med.*) znajdował je po ćwiczeniach wojskowych u żołnierzy; Munn (*New York. Med. Record* 1889) badając mocz 200 zdrowych osób, celem ubezpieczenia na życie, w 12% znalazł białkomocz; Fürbringer (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1880) znalazł takiż procent białkomoczu u dzieci; (7:61) Leroux (*Revue de Med.* 1883) na 300 zdrowych dzieci znalazł tylko u. 19 białkomocz, a zatem 7%. Vogel (*Virchows Handb. d. Pathol.*) spostrzegał często białkomocz bez choroby nerek; Dukes (*Brit med. jour.* 1888) ogłosił 10 przypadków białkomoczu u ludzi zupełnie zdrowych; Marcani wywoływał go na żądanie, robiąc silny ruch obrotowy ramion, dopóki tętno nie doszło do 110 uderzeń. Fürbringer spostrzegał go u pewnego lekarza, po każdem moralnem wstrząśnieniu, ale tylko w moczu rannym. Runeberg (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1880) spostrzegał go często po marszach i wysiłkach cielesnych, lecz nie na długo, i po kilku godzinach wypoczynku już go nie było. Podobne spostrzeżenia zrobili Huppert (*Prag. med. Woch.* 1880) Guenau de Mussy, (*Clin. Med.* II.) Capitan, (*Rech. exp. et clin. sur le album. trans. Paris* 1889), Coignard, (*Union med.* 1887) Kleudgen (*Arch. f. Psych. n. Nervkr. XI.*) wreszcie Ultzman (*Wien. Med. Presse* 1870) przeprowadził dosyć ściśle badania u 8 zdrowych lekarzy, u jednego znajdował stale białkomocz w ciągu 2 lat, u drugiego tylko w moczu z rana wydalonym. Senator znajdował u zdrowych lekarzy białko w czasie trawienia, przy przeważnem lub wyłącznem pożywieniu mięsnem (*Al-*

buminuria alimentaria), u niektórych przed jedzeniem, a u siebie między 11 a 12 z rana. de Chateaubourg (*Thèse, Paris.* 1889.) również znajdował białko u wielu zdrowych, i jest zdania, iż u wszystkich ludzi można wykryć przejściowy białkomocz, dodając do moczu octan potasowy i jodek rtęciowy, szczególniéj po wysiłkach cielesnych i umysłowych, podrażnieniach płciowych i zimnych kąpielach; sądzi też, iż białko zjawia się częściéj w moczu po trawieniu w spokoju. Senator (*Die Album. im gesund. u. krank. Zustande*, Berlin 1880) sądzi, jak to już wyżéj wspominałem, iż białkomocz może być stanem fizyologicznym, i że białko w małéj ilości w moczu się znajdujące jest składnikiem jego stałym a normalnym.

Tak stała sprawa do zjazdu lipskiego (Kwiecień 1890), na którym Heubner przedstawił kilkanaście przypadków cierpienia, opisanego przez Pavyego a polegającego na białkomoczu peryodycznym u dzieci podczas rozwoju płciowego. Postać ta, którą nazwano *Albuminuria cyclica*, występuje najczęściéj u osobników wycieńczonych, trwa nieraz bardzo długo, i żadnych zmian w nerkach przy niéj wykryć się nie udało, należy ją przeto uważać za pewną odmianę białkomoczu fizyologicznego. Dostateczną jest zmiana położenia leżącego na stojące, aby ją wywołać, choć nie utrzymuje się dłużéj nad godzin kilka. Przypadki Heubnera odnoszą się do 11 letniéj dziewczynki po płonicy; do 3-ch siostr, w wieku 14, 12 i 10 lat po dyfteryi, a Schmidta po kokluszu i po *dyspepsia ab ingestis*.

Curschman jednak wystąpił przeciw nadużyciom, robionym na koszt białkomoczu fizyologicznego, o którym, jak również o *Alb. cyclica*, wyraża się nader skeptycznie, uważając jednę i drugą za pewne, łatwo uleczalne cierpienia. Jeśli w ogóle istnieje białkomocz fizyjologiczny, jak tego chce Senator, to rozchodzi się tu sprawa o tak małą ilość białka, iż poplątanie go z białkomoczem patologicznym miejsca mieć nie może. Zmiany położenia ciała przy *Alb. cyclica* nie sprowadzają wprawdzie zmian w ciśnieniu tętniczem, ale niewątpliwie mają miejsce zboczenia w obrocie krwi żylnéj, a wiadomem jest, że najmniejsze i najkrótsze choćby przerwanie krwiobrotu żylnego wywołuje wystąpienie białka do moczu. Gdy do tego dodamy, iż w stojącéj pozycyi ciśnienie ogólne w jamie brzusznéj się zwiększa, i że przez to nerka staje się mniéj ścisłym filtrem, łatwo zrozumiemy skeptycyzm Curschmanna (*Schmidts Jahrb.* 1890 N. 6, Bd. 226). Przypadki *Alb. cyclicae*, występujące po szkarlatynie, dyfteryi, kokluszu, po krwotokach i hemoglobinuryi, a nawet po ukończeniu się zwykłych postaci Mbus. Brighti, uważać więc należy jako stadjum opadania (*decremento*) zwykłego zapalenia nerki; postać białkomoczu przepuszczającą (*Alb. intermittens*) za jeden z objawów zimnicy, a tam, gdzie na niczem oprzeć się nie możemy, badać należy dokładnie mocz, i gdy znajdziemy jakiekolwiek twory tkankowe lub ustrojowe, przypuszczenie białkomoczu cyklicznego upada, gdyż według ścisłych poszukiwań v. Noordena tylko kryształy szczawianów jeszcze za objaw fizyjologiczny uznać można

Co się tyczy stanów chorobowych, to białkomocz spostrzegano we wszystkich prawie cierpieniach nerek, w sprawach zakaźnych, jak płonica, gorączka połogowa, *typhus recurrens*, róża, przy zadziałaniu pewnych bodźców fizycznych (silne gorąco) i chemicznych (kantarydy, fosfor, ołów, kw. chromowy, pierwiastki żółci, ptomainy etc.) w złośliwéj anemii, w zaniku nerki, ogólnych charłactwach, etc. Daléj spostrzegano białkomocz przemijający w padaczce, zakażeniu zimniczem, w niektórych nerwicach i psychozach. Colin (*Traité de fievre interm.* 1887 p. 187) spostrzegał często białkomocz w samym początku napadów zimniczych, tj. w okresie dreszczów; Hertz (*Ziemss. Handb.* 1874 p. 604) zgodnie z Griesingerem spostrzegał go w odstępach między napadami zimniczemi.

Co się tyczy nerwowego białkomoczu, czyli t. z. *Alb. reflectoria*, to przyczyna jego tak samo leżeć może w otoczeniu nerki jak i w oddalonych ośrodkach nerwowych, na podstawie zaburzeń w nn. naczynio ruchowych, szczególniéj porażeń, rozwijających się w układzie tych nerwów; wynikiem czego są zaburzenia w krążeniu nerki i wydzielanie białka w podobny sposób, jak to ma miejsce poprzecięciu siatki otaczającéj tętnicę.

Że nerwice mogą same przez się sprowadzać białkomocz, wykazałem to dla systemu moczopłciowego [1]) Fischl (*Arch. f. klin. Med.* 1881) dla narządu trzewowego, potem Landers i Rabenau spostrzegali go w przebiegu wiądu, Lepin (*Die Fortschr. d. Nierenpath. Berl.* 1884 pag. 46) w maciennictwie, Fürstner w *delirium tremens*, Teissier w zmiękczeniu ośrodków nerwowych, Gubler w porażeniu połowiczem; Ollivier po napadach udarowych; Liouville w cierpieniach usadowionych w moście Varola, Tischer po wstrząśnieniach mózgu, wreszcie Laszkiewicz w cierpieniach nerwowych prawéj połowy ciała.

Aby się nie pogubić w tym labiryncie, w którym najróżnorodniejsze widzimy choroby, między któremi cierpienia narządu nerwowego niepoślednią grają rolę, postaramy się rozmaite postacie białkomoczu rozdzielić, stosownie do podstaw anatomicznych i przyczynowych, a zaczniemy od rozpatrzenia białkomoczu nerwowego. Tu przedewszystkiem pamiętać winniśmy, że wpływ nerwów przy wydalaniu i wydzielaniu moczu jest bardzo ważnym, jak we wszystkich prawie sprawach wydzielinowych; powtóre, wpływ ten jest albo naczynioruchowy, ujawniający się większem lub mniejszem ciśnieniem w kłębkach Malpighiego, resp. regulowaniem filtracyi a to w ten sposób, iż drażnienie n. vagi, zwiększając dopływ krwi, wywołuje napełnienie żył a tem samem powiększa filtracyę; podczas gdy drażnienie n. trzewowego wielkiego (*splanchn. maj.*) działa przeciwnie; potrzecie, wpływ nerwów polega też na przyspieszeniu lub upośledzeniu ogólnego utlenienia, a względnie na większem lub mniejszem wytwarzaniu się właściwych pierwiastków moczu, i ich regulowaniu (Pflueger, Nencki, Cohnheim i inni) Daléj poszukiwania Chr. Roya, Ludwiga i Cohnheima wykazały, iż dopóki nerwy splotu nerkowego nie podlegają żadnym zmianom, to ciśnienie krwi i krzywa normalna nerek idą równolegle, a największe zboczenia, tak z 1-ej jak i z 2-ej strony, odpowiadają jużto momentom respiracyi, już też systolicznym elewacyjom.

Daléj dowiedziono, iż pod wpływem nerwów objętość nerki może się zwiększać lub zmniejszać, i że krzywa nerki nie zawsze odpowiada krzywéj ciśnienia tętniczego. Fakta te stwierdzono wielokrotnie, przecinając pojedyncze gałęzie i cały splot: przecięcie n. błędnego (po 1-éj stronie) dało zawsze zmniejszenie ciśnienia tętniczego, wypełnienie żył i zwiększoną filtracyję; przecięcie n. trzewowego powię-

[1]) Poszukiwanie nad innerwacyją nerki, Nowiny lekarskie 1889 N. 3—5 z 3 tablicami chrlit.

kszało ciśnienie a zmniejszało filtracyję, a przecięcie całego splotu dawało krzywéj ciśnienia tętniczego kierunek równoległy z liniją krzywą nerki.

Pod wpływem więc układu nerwowego występuje zmienione krążenie krwi w nerkach, które doprowadzić może do tego, iż prócz wody wydalać się zacznie i białko, lecz mechanizm białkomoczu dotychczas w zupełności wyjaśnionym nie został. Z jednéj strony Ludwig, Herman, Overbeck przypuszczają zwiększone parcie krwi w kłębkach Malpighiego, rozszerzenie przestrzeni międzynabłonkowych i przesączanie się rozczynów białka przez błony pod zwiększonem ciśnieniem. Edlefsen, Wolkenstein, Runeberg i Fischl przypuszczają zmniejszenie dopływu krwi tętniczéj, a zwiększone parcie w kanalikach wskutek wypełnienia żył, ztąd nekrozę nabłonka, wreszcie Charcot, Bamberger, Posner wyprowadzają białkomocz z powolniejszego krążenia krwi w nerkach, gdyż przez to krew dłużéj styka się ze ścianami naczyń włosowatych, a więc białko łatwiéj przez nie przesączać się będzie. Z nowszych badaczy Rosenstein i Dunin przypisują główną winę naczyniom krwionośnym i sprawom zapalnym nerki, między innemi najwięcéj zwracają uwagi na nagromadzenie ciałek bezbarwnych. (*Phagocytosis*) Browicz widzi najważniejszy powód w zgorzeli koagulacyjnéj nabłonków i kłębków. Nadmienić też wypada, iż liczni autorowie (Magendie, Stockvis) twierdzą, że zmieniona mięszanina krwi może być istotną a ogólną przyczyną białkomoczu; jakkolwiek przypuszczenie to w ostatnich czasach znalazło poparcie w pracach Semmoli i innych, którzy opisali t. z. *Album. haematogenes*, jednak ograniczyć się ono musi do pewnych tylko przypadków chorobowych, a w żaden sposób odnosić się nie może do wszystkich postaci białkomoczu, jak tego pierwotnie chciał Bamberger. Ponieważ jednak o istocie białkomoczu na innem miejscu mówić będę, zwrócimy się więc jeszcze do białkomoczu na tle systemu nerwowego, a przedewszystkiem do t. z. białkomoczu zwrotnego.

Z jakiemi gałęziami i drogami nerwowemi łączy się bezpośrednio splot nerkowy? Po odpreparowaniu spl. nerkowego i odsunięciu n. przeponowego i *splanchnicus* major, widzimy, iż z końcowych gałązek n. współczulnego dochodzą do górnéj powierzchni nadnercza włókienka, łączące się ze splotem śledziony (*pl. splenicus*) i z nerwem przeponowym. *Plexus capsularis superior* łączy się nadto ze zwojem półksiężycowym i z *pl. lumbo-aorticus*. Daléj łączą się nerwy nerki ze splotem słońcowym i z *plexus mesentericus*.

Nerw błędny, grający ważną rolę w składzie splotu nerkowego, za pomocą *pneumogastrici* komunikuje ze splotem słońcowym; w obrębie 11 żebra i w okolicy 11 kręgu piersiowego, między *aorta thoracica* i *pl. splenicus*, daje *pneumogastricus* gałązki łączne do n. współczulnego wielkiego, w postaci 2—3 drobnych gałązek, komunikujących z *coronarius stomachicus*. (*symp.*).

Wreszcie *pl. spermaticus*; przebiega wspólnie z takąż żyłą i tętnicą, na których tworzy lekką sieć, i na wysokości ujścia moczowodu łączy się ze splotem lędźwio-aortowym. W odległości mniéj lub więcéj 3 ctm. od rozdwojenia aorty, między nią a moczowodem, leży *v. spermatica*, stale między łukiem moczowodu i tętnicą, i od tego miejsca rozchodzą się widełkowato włókna omawianego splotu a) do splotu *lumbo-aort* b) do moczowodów i c) 2—3 włókien idą ku górze i na zewnątrz, zlewając się już to ze spl. nerkowym już to bezpośrednio z włóknami, przebiegającemi na dolnym brzegu żyły nerkowéj.

Tym sposobem w bezpośrednim związku ze spl. nerkowym są: 1) splot śledziony, 2) n. przeponowy, 3) *pneumogastricus*, wzgl. pl. *solaris*, 4) pl. *lumbo aorticus*, 5) pl *spermaticus*.

Na téj podstawie łatwo zrozumieć sposób powstawania białkomoczu zwrotnego przy cierpieniu narządów, które łączą się ze spl. nerkowym, a nadewszystko w różnych cierpieniach organów trzewowych, i moczopłciowych.

Kazuistyka. W roku zeszłym śledziłem w zakładzie wodoleczniczym przypadek białkomoczu u 12-letniéj, wątłéj dziewczynki. Występował on co 3 tygodnie, trwał dni kilka, poczem ustępował bez śladu. Czasem towarzyszyło mu parcie na mocz lub palenie w narządach rodnych zewnętrznych, lecz w ogóle chora czuła się dobrze, była wesołą i ożywioną. Nagle, bez widocznego powodu, chora dostała zatrzymania moczu (30 godzin), wypuściłem więc cewnikiem około 600 gr. moczu ciemnego, o ciężarze g. 101 29, i znalazłem w nim znacznie powiększone fosforany, duże ilości moczanów i około 1,2% białka, lecz nazajutrz już tego ostatniego wykazać nie mogłem.

Badanie miejscowe wykazało nieżyt przedsionka, który był pokryty przeźroczystą, śluzową wydzieliną, nadto zaczerwienienie i lekki obrzęk ujścia cewki, a nadczułość w obrębie małych warg i łechtaczki.

Rodzice zapytywani o samogwałt, stanowczo go zaprzeczyli, mimo to obstawałem przy podejrzeniu, gdyż inaczéj wytłumaczyć sobie nie mogłem przyczyny zmian nieżytowych i nadczułości narządów rodnych.

Obecności białka nie można było tu odnieść ani do zboczeń w nerkach lub czynności serca, zmian krwi etc, ani do zimnicy, słusznem więc jest przypuszczenie, iż przyczyną były zboczenia w czynności nerwów, gdyż po napadach białkomoczu, trwających od 1—3 dni, występowały znacznie dłuższe okresy czasu (3 tygodnie), w których chora czuła się zupełnie od niego wolną.

Przypadek II. W r. 1888 opisałem przypadek białkomoczu [1]), który tu w skróceniu przytoczę. Chory w młodości oddawał się samogwałtowi, następnie przechodził kilkakrotnie rzeżączkę, która pozostawiła ślady przewlekłego nieżytu w części krokowéj i zmiany w bl. podśluzowéj, (*xerosis*) a w ciałach jamistych lekki przerost, (*abscessus periurethrales*) zacząwszy od opuszki aż do szyjki. Wkrótce potem chory zauważył u siebie białkomocz. Badanie wykazało nadto obrzęk śledziony obok atonii przewodu pokarmowego, i ogólnego stanu zadumy.

Jaka była patogeneza białkomoczu w danym przypadku? Przeciw zimnicy przemawiała przeszłość chorego, wolna od napadów, brak charakterystycznych zmian ciepłoty i moczu, brak objawów charłactwa zimniczego. Chory nie mieszkał nigdy w okolicy błotnéj, miał suche, słoneczne mieszkanie. Sole chininowe i arsen w niczem nie zmieniły stanu chorego, ilość białka się nie zmniejszała, śledziona nie malała. Sama śledziona nie była twardą z grubemi lecz gładkiemi brzegami; przeciwnie, była ciastowatą z cienkiemi i nierównemi brzegami. Prąd elektryczny, bądź stały bądź przerywany, pozostał bez skutku. Brakło też w danym przypadku objawów samoistnego obrzęku śledziony (*leucaemia lienalis*), gdyż towarzyszą mu zawsze większe lub mniejsze zmiany ciepłoty, upadek ogólnego odżywienia, dreszcze, wymioty, ból głowy, etc.; tego zaś wszystkiego w danym razie nie było.

---

[1]) Nerwice zwrotne w narz. moczopłc. Przeg. Lek. N. 38—46 z 1888 r.

W moczu nie można było znaleść żadnych śladów zmian w kanalikach lub woreczkach, białko zaś znajdowałem peryjodycznie, przyczem strata jego zupełnie na chorego nie oddziaływała. Nie czuł on się ani znużonym, ani słabym, jak to bywa w chorobie Brighta, miał dobry apetyt i dobrze się odżywiał, objawy zaś napadów melancholii, j. t. płaczliwość, przygnębienie, zwątpienie, etc. raczéj do rozstroju nerwowego odnieść należało.

Nie można też było odnieść danego białkomoczu do zmian w przewodzie pokarmowym, gdyż atonia kiszek ustępowała po każdorazowem zastosowaniu zimnéj wody, a wtedy chory trawił b. dobrze, miał doskonały apetyt, stolce wolne i lekkie. Bywały wprawdzie zastoiny kałowe, ale nie uważałem, aby ilość białka powiększała się wskutek tego, a po zadaniu oleju rycynowego i usunięciu zupełnem zastoin, mimo szczegółowego badania zmian w ilości białka dostrzedz nie mogłem. Kilkakrotne poszukiwania osadu moczowego nie wykazało ani waleczków, ani przybłonka lub ciałek krwi, ropy etc. a zatem wady organiczne w nerkach stanowczo wykluczyć musiałem.

W obydwóch więc przytoczonych przezemnie historyach choroby białkomocz okazał się niezależnym od zmian w trzewach, od wad ustrojowych w nerkach lub ich otoczeniu, od zakażenia zimniczego i zmian w mięszaninie krwi; przypuściłem więc z prawdopodobieństwem, iż był pochodzenia nerwowego, a za takiem pochodzeniem przemawiały: 1) nieregularne zjawianie się i znikanie bez widocznéj przyczyny, 2) brak zmian organicznych bądź trzew, bądź nerek 3) ogólny nastrój nerwowy i objawy hypochondryi 4) usposobienie do zbytniéj pobudliwości płciowéj, wskutek samogwałtu w 1-ym, a rzeżączki w 2 im przypadku. Tak więc przypuścić musimy, iż białkomocz przemijający powstać może z chorób krocza i cewki, jako nerwica zwrotna, najczęściéj z powodu zmian ustrojowych w części krokowéj cewki, a zkąd słusznie zasługuje na nazwę białkomoczu zwrotnego (*Alb. reflectoria*). Wyżéj wykazałem drogę anatomiczną, na jakiéj odbywa się wybuch i przeniesienie téj nerwicy, tu nadmienię jeszcze, iż badania błony śluzowéj narządów płciowych doprowadziły mnie do przekonania, iż istnieją w nich t. z. *areae sensitivae*.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Kilka słów o leczeniu kiły[1]).

Napisał

Dr. Ż. Krówczyński we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 8.)

Z chwilą wystąpienia zmian ogólnych przystępujemy do leczenia, mianowicie zawsze leczymy wcieraniami, uważając je za najskuteczniejszy sposób podawania rtęci. I tak postępujemy nietylko w szpitalu, ale i w praktyce prywatnéj. Mają wcierania ujemną stronę, t. j. że wymagają fizycznego wytężenia przez 50—60 minut, bo tak długo wcierać należy, ale za to nie jest chory niewolnikiem, bo mniéj zwracać musi uwagi na pokarmy, których doboru wymaga leczenie wewnętrzne; stan zaś trawienia tak w kile, jak i w każdéj przewlekłéj chorobie decyduje o przebiegu i zakończeniu choroby. Zazwyczaj polecamy robić wcierania codziennie w ilości 3—4 gramów u dorosłych, 1·5—2 u dzieci, a u noworodków 1 grm. na dawkę. Może tutaj odpowiednią będzie rzeczą usprawiedliwiać, dlaczego przeważnie tak w szpitalu jakoteż w ambulateryjnem leczeniu stosujemy wcierania i jak sobie działanie rtęci w ogólności a w postaci wcierań w szczególności wyobrażamy. Poprzednio wspomnieliśmy, że obecność ogólnych objawów jest dla nas wskazówką, iż ten okres zakażenia za najwłaściwszy do leczenia uważamy, opierając się na bardzo szybkiem działaniu rtęci, co doświadczenie codzienne potwierdza. Dla usprawiedliwienia postępowania przytaczamy, że zakażenie kiłowe wyobrażamy sobie w następujący sposób. Nierozstrzygając, co jest przyczyną choroby, mającéj wszelkie znamiona choroby pasorzytniczéj, w okresie pierwszym po jedno lub kilkodniowem utajeniu spostrzegamy owrzodzenie w miejscu wejścia jadu a później obrzęk gruczołów limfatycznych najbliżéj wejścia ułożonych. Potem następuje drugi okres utajenia, w czasie którego odbywa się dalsza walka między przyczyną kiły a ustrojem. Przypuszczając, że przyczyną są pasorzyty, musimy zgodzić się na to, że one dla swego istnienia zużywają pierwociny naszego ustroju, oddając ustrojowi wytwory swojego istnienia. Mniejsza o to, jak nazwiemy ową „*materia peccans*", któréj nagromadzenie w ustroju jest przyczyną, że ten pozornie w walce ulegając musi dopuścić do wytworzenia ogólnych objawów. Zupełna bezskuteczność albo co najmniéj bardzo mała skuteczność rtęci w pierwszym okresie choroby, natomiast efektowne działanie rtęci w chwili istnienia objawów ogólnych pozwala przypuszczać, że rtęć nie tylko usuwa wytwory walki *materia peccans* z ustrojem, ale i na nią samą działa. Jak w chorobach infekcyjnych w ogóle, tak samo w kile wyobrażamy sobie, że chorobę stanowią wydzielnicze produkta mikrobów o własnościach istot białkowatych, do których rtęć ma wielkie powinowactwo. Otóż rtęć wchodząc w związki z owemi produktami, czyni je dla ustroju nieszkodliwemi, a gdy równocześnie staramy się o wydzielenie zużytych produktów przez przyspieszoną odnowę, usuwamy zakażenie i z niem chorobę. Zawsze używam wyrazu zakażenie wyobrażając sobie, że owe produkta stanowiące zakażenie nie tylko krążą we krwi, i tam prawdopodobnie ich najmniéj, ale znajdują się w całym ustroju i we wszystkich jego narządach i tkankach. Działanie ich na krew, jak wiadomo, objawia się zubożeniem w ciałka czerwone, powiększeniem ilości białych i zmniejszeniem się ilości hemoglobiny. Gdy tak jest, środek leczący zakażenie, względnie niszczący produkta wydzielnicze pasorzytów kiłę wywołujących w téj formie będzie najskuteczniejszy, która dozwoli mu zadziałać na największą powierzchnię ciała, przeto zniszczyć stosunkowo najwięcéj tych produktów jadu.

I oto tłumaczenie, dlaczego wcierania zasługują na pierwszeństwo w leczeniu kiły i dlaczego wyłącznie wcieraniami leczymy, które, jak w ogóle rtęć, skład krwi u kiłowych znów wyrównywa, zwiększając ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny, a zmniejszając ilość białych ciałek krwi.

Porównajmy rezultaty leczenia wcierań z rezultatami leczenia wewnętrznego i modnych wstrzykiwań podskórnych tak środków rozpuszczalnych jako też nierozpuszczalnych. Oto w obu razach rtęć działać będzie dopiero po wejściu do krążenia i to drogą krwi, przyczem poważna część rtęci przy leczeniu wewnętrznem z kałem odchodzi. Zapewne że działanie przy wewnętrznem używaniu będzie najsłabsze już i z tego względu, że bardzo mała ilość rtęci będzie mogła

---

[1]) Artykuł wyjęty ze sprawozdania naukowego przedłożonego Wydziałowi krajowemu za 1891. r.

wejść w połączenie z istotami białkowatemi, będącemi produktami wydzielniczemi mikrobów; z tego samego powodu nie o wiele korzystniejszy wynik dadzą wstrzykiwania podskórne przetworów rtęci rozpuszczalnych oszczędzające funkcye żołądka. Co do działania wstrzykiwań przetworów nierozpuszczalnych rtęci przyznać należy, że one efektowniéj działają niż wstrzykiwania przetworów rozpuszczalnych dlatego, iż dłużéj się w ustroju zatrzymują, chociaż mają wiele ujemnych stron, o których tutaj przemilczeć mogę. Trudno odpowiedzieć ogólnikiem, ile wcierań zrobić należy, to bowiem zawisło od stanu choroby i gdy 20 wcierań w obec wysypki plamistéj wystarczy, polecamy 30—40 podczas leczenia grudkowéj wczesnéj (*S. papul. recens*) a szczególnie grudkowéj późnéj (*S. papul tarda*) lub guzkowéj (*gumata*).

Od leczenia w tym okresie zależy cała dalsza przyszłość chorego i przebieg choroby. Im więcéj chory wcierań robi, tem większa ilość produktów jadu zniszczoną będzie i tem większe prawdopodobieństwo, że przy odpowiedniem zachowaniu się chorego recydywy nie okażą się. W razie nawrotu choroby, gdy objawy kiły występują na skórze, znów wracamy do wcierań rtęciowych i tylko wyjątkowo wobec zmian kiłowych na błonie śluzowéj leczymy jodem i zawsze miejscowo nie uważając jadu za lek swoisty w objawach wczesnéj kiły. Ponieważ od tego leczenia zależą recydywy, a ilość tych umniejszyć u prostytutek jest obowiązkiem lekarza, bo tym sposobem zapobiega się szerzeniu choroby, dlatego też w tym okresie nigdy nie żałujemy rtęci, ale jéj nie nadużywamy. Prawdę mówiąc nie mamy żadnéj wskazówki, kiedy wcierań zaprzestać należy i tutaj kierować się objawami choćby najlżejszego zajęcia dziąseł zdaniem mojem jest rzeczą niewłaściwą. Objawy zajęcia dziąseł i jamy ustnéj są zawsze dowodem szkodliwego wpływu rtęci, dlatego do nich doprowadzać nie należy. W tym punkcie, t. j. co do ilości wcierań, przedewszystkiem indywidualizować należy i tutaj decyduje osobiste doświadczenie; to pewna, że kto nie poskąpi rtęci, ten nie zgrzeszy, ma się rozumieć zwracając uwagę na ogólny stan chorego, który po wcieraniach nie powinien być bardziéj osłabiony niż przed rozpoczęciem leczenia.

Wogóle u prostytutek w szpitalach kiłę najchętniéj leczę wstrzykiwaniami i słusznie, gdy niema się takiéj kontroli, że wcieranie wogóle uskutecznione będzie i odpowiednio zrobione, wstrzykiwania zaś dają pewność, że rtęć użytą została. Mając jednak odpowiedni dozór, z powyżéj przytoczonych powodów leczymy wcieraniami, a tylko oporne chore lub niedbale się leczące otrzymują wstrzykiwanie, co powtarzam należy do wyjątków i wtedy z upodobaniem używamy salicylanu rtęciowego.

Nie leczymy rtęcią dotkniętych kiłą a gorączkujących z innego powodu i chorych podupadłych (nie z powodu zakażenia) w odżywieniu. W tych przypadkach usuwamy przyczynę gorączki względnie chery i późniéj ze skutkiem stosujemy rtęciowe leczenie. Wychodząc z tego przekonania, że wysypki wilgotne i wrzodzące są najczęściéj objawem jakiejś chery istniejącéj obok zakażenia kiłowego (najczęściéj skrofulozy i tuberkulozy), w tych postaciach na pierwszem miejscu zalecamy obok dobrego odżywienia jodek potasu. Przypadki późnéj kiły leczymy albo jodem albo rtęcią, albo oboma przetworami naraz. Mianowicie w przypadkach późnéj kiły zupełnie nieleczonéj rtęcią, albo niedostatecznie rtęcią leczonéj stosujemy najpierw wcierania. Gdy anamneza wykazuje, że dużo rtęci użyto, zalecamy wyłącznie jod, jeśli jod nie daje dobrych wyników, łączymy wcierania z wewnętrznem podaniem jodu, zawsze starannie usuwając czy to plastrem rtęciowym, czy maścią kalomelu, proszkiem kalomelu, jodoformu lub nalewką jodową zmiany miejscowe.

Tłumaczenie, w jaki sposób jod działa w kile, opiera się równie tylko na przypuszczeniach. Że jod w wczesnych okresach kiły jest nieporównanie mniéj skuteczny niż rtęć, o tem dzisiaj nikt nie wątpi — skuteczniejszym jest w zajęciu błon śluzowych wczesnego okresu, jeszcze skuteczniejszym w zmianach późnéj kiły, najskuteczniejszym w rozpadających się kilakach tak skórnych jakoteż błon śluzowych u chorych poprzednio rtęcią leczonych. Działanie jodu polega również na powinowactwie jego do białka, jak wiadomo uwalnia on metale ciężkie z związku z białkiem i sam z pewnemi postaciami białka wchodzi w połączenie. Rtęć i jod wystarczają nam zupełnie tak w leczeniu chorych w szpitalu, jakoteż w ambulatoryjum i dlatego w bardzo rzadkich przypadkach używamy odwaru Zittmana, natomiast w praktyce prywatnéj bardzo często zalecamy kąpiele słone, jodowe, siarczane lub leczenie zimną wodą, o których wpływie korzystnym, jakkolwiek niespecyficznym, na innem miejscu obszerniéj pomówimy.

III. O plombowaniu zębów obumarłych.

Napisał

Dr. K. Szymkiewicz, dentysta w Krakowie.

Leczenie zachowawcze próchnicą wygryzionych zębów z obumarłym rdzeniem rozpoczyna się dopiero z czasem wprowadzenia antiseptyki do chirurgii. Przedmiot ten omawiano już na tak licznych posiedzeniach i opisywano w tylu rozprawach i podręcznikach, iż wszystko razem zebrane mogłoby stanowić wcale pokaźną bibliotekę, a jednak przyznać trzeba, iż w téj sprawie akta wcale jeszcze nie są zamknięte, bo nie znamy dotychczas metody, którąby jako najbezpieczniéj prowadząca do celu, ogólnie uznaną i przyjętą została. W ciągu mojéj sześcioletniéj praktyki starałem się zawsze najusilniéj o to, aby zęby nawet nieżywe, jeżeli utrzymanie ich mogło mieć dla żucia jaką wartość, przez zaplombowanie od zguby uchronić, a mając w naszem społeczeństwie tak obfity pod tym względem materyjał, wyrobiłem sobie własne zdanie i niejako własną utworzyłem sobie metodę. Tych kilka słów posłuży za wytłomaczenie, dlaczego pozwalam sobie głos zabrać w sprawie téj, dla specyjalistów może aż zanadto dobrze znanéj, ale nigdy nie obojętnéj.

W zębach nieżywych z próchnicowym ubytkiem korony mogą zachodzić dwojakiego rodzaju stosunki, a mianowicie albo rdzeń zębowy (*pulpa dentis*), za pośrednictwem którego w stanie prawidłowym odbywa się głównie odżywianie ścian zębowych, został świeżo życia pozbawionym przez t. zwane „zatrucie“, przyczem okostna korzeniowa jest po największéj części zupełnie zdrową, albo też narząd w mowie będący, czy to sam przez się czy też przez użycie odpowiednich leków, już dawniéj uległ temu losowi i przez dłuższy czas narażony był na różne szkodliwości zewnętrzne. W tym ostatnim razie rozwija się w rdzeniu zębowym gnicie, przyczem doznają prawie zawsze wierzchołkowe części okostny mniéj lub więcéj znacznego zadraźnienia, które następnie przechodzi w zapalenie téj błony ostre lub przewlekłe. W ostrem zapaleniu dolegliwości chorego bywają niekiedy tak

znaczne, iż o leczeniu zachowawczem mowy być nie może, nie pozostaje przeto nic innego, jak wyjęcie zęba, zwłaszcza, jeżeli zmiany zapalne przyjmą charakter ropny i rozszerzą się na okostnę szczęki, samą kość szczękową i jéj rdzeń (*periostitis, ostitis* i *osteomyelitis purulenta*). Wobec przewlekłego zapalenia może ząb, próchnicą nawet dość znacznie zniszczony, dłuższy czas pozostawać na swojem miejscu nie sprawiając żadnych bólów albo tylko nieznaczne przy silniejszym nacisku, dopóki próchnica niepowstrzymana przez zaplombowanie jamy w swym rozwoju nie zniszczy do tego stopnia ścian korony, iż takowe pod wpływem nieznacznego nawet urazu się pokruszą albo też dopóki przez przypadkowe zatkanie kanałów korzeniowych (n. p. pokarmami) przewlekłe zapalenie okostny nie przeobrazi się w ostre i nie zmusi do wyrwania zęba. Profani, którzy po największéj części pojąć nie mogą, zkąd wzięła się bolesność zęba przed laty zatrutego i dotychczas spokojnego, żądają zwykle ponownego „zatrucia" w przekonaniu, iż bóle wychodzą od nerwu, a zapewnienia, że zabieg ten może tylko pogorszyć sprawę, przyjmują z niedowierzaniem, również dziwną im się wydaje zapowiedź dentysty, iż plombowanie zęba dawniéj zatrutego, chociażby dotychczas nawet nigdy nie bolał, będzie bardzo mozolne i kilka posiedzeń wymagające. Ztąd też praca około uratowania takich zębów należy do najniewdzięczniejszych zadań dentystyki.

Przygotowanie jamy próchnicowéj polega na usunięciu z niéj wszelkich organicznych istot i oskrobaniu chorobowo zmienionych części zębowiny oraz na wydobyciu rdzenia zębowego w całości, aż do szczytu kanału korzeniowego. Zniszczenie ścian bywa niekiedy tak rozległe, iż po dokładnem wyskrobaniu pozostaje tylko szkliwo w postaci cieniutkiéj skorupki, która przy nieoględnem prowadzeniu ekskawatora pokruszyć się może. O wiele żmudniejszem i więcéj cierpliwości wymagającem jest oczyszczenie ze wszystkich organicznych istot jamy rdzenia i kanału korzeniowego. Czynność tę uskutecznia się za pomocą haczykowatych, cieniutkich igiełek, które zakrzywione odpowiednio do kierunku kanału wprowadza się przez jamę próchnicową i usuwa stopniowo jego zawartość coraz głębiéj. W rzadkich tylko przypadkach udaje się wydobycie rdzenia odrazu w całości przez obrót takiéj igły naokoło swéj osi, naturalnie tylko wtenczas, jeżeli igła może zachować kierunek prosty. Baczyć jednak pilnie należy, aby przy tym zabiegu nie wepchnąć treści kanału przez otworek szczytowy (*foramen apicale*) do zębodołu, coby niewątpliwie ostre zapalenie okostny i utratę zęba za sobą pociągnąć musiało. Powszechnie w użyciu będące igiełki, które w $^1/_3$ części końcowéj posiadają kilkanaście ostrych haczyków (t. zw. igiełki nerwowe Donaldsona) są mniéj praktyczne od igiełek Arringtona o jednym końcowym haczyku, tamte bowiem zaczepiają się z łatwością o ściany kanału korzeniowego i na większéj lub mniejszéj przestrzeni odłamać się mogą. Jak trudnem jest uchwycenie i wydostanie na zewnątrz takiego odłamka, wobec tego, iż operuje się w ciemnościach, a każdy haczyk ostrym swoim koniuszkiem zaczepia się o twarde ściany kanału, może sobie tylko ten wyobrazić, kto z takiem przypadkowem powikłaniem miał do czynienia. Jakkolwiek takie odłamanie igiełki o jednym haczyku nie jest wykluczone, to przecież wydobycie jéj na zewnątrz daleko mniejsze sprawia trudności. Żadną miarą jednak nie można zostawić odłamka w korzeniu, gdyż zatyka ujście jego kanału i nie dopuszcza płynów przeciwgnilnych i odwaniających, które tamże dla dokładnéj sterylizacyi przed zaplombowaniem się wprowadza, a pod plombą rdzewiejąc sprowadziłby musiał zadrażnienie zapalne okostny. Ze względu więc na tę okoliczność korzystniejby było używać igiełek platynowych, które, ponieważ nie ulegają utlenieniu, dałyby się bez niebezpieczeństwa w kanale korzeniowym pozostawić, wszakże haczyki z tego metalu nie są dość ostre i nie chwytają dość skutecznie rozmiękłéj zawartości korzenia.

W zębach jednokorzeniowych, które zajmują przodkową część arkady zębowéj i względnie szeroki posiadają kanał, można po największéj części dokładnie wydobyć pulpę, jakkolwiek nieraz z bardzo wielkim mozołem, jeżeli n. p. ubytek korony zasłonięty sąsiednim zębem niekorzystny daje przystęp. W zębach wielokorzeniowych mnożą się niekiedy trudności do tego stopnia, iż o gruntownem oczyszczeniu nawet mowy być nie może. Pominąwszy bowiem niektóre okoliczności, jak n. p. utrudniony również przystęp do jamy, jeżeli takowa zajmuje odrośrodkową ścianę korony, wrastające i za najlżejszem uszkodzeniem obficie krwawiące dziąsło, również z jednéj strony lice z drugiéj język, które tamują swobodne użycie narzędzi, także ślinotok, zalewający niekiedy strumieniem całe pole operacyjne (co w ostateczności przez założenie na ząb serwetki gumowéj usunąć się daje), największe trudności sprawiają same kanały korzeniowe. Kierunek ich bowiem, a przedewszystkiem ich rozmiary są tego rodzaju, iż używając nawet najcieńszéj igiełki nerwowéj, nie można jéj wprowadzić tak głęboko, aby je ze wszystkich rozkładowych istot oswobodzić się dało. Nie mówiąc już o nieprawidłowem rozgałęzieniu korzeni i ich kanałów, co stosunkowo tak często się zdarza, uważać można następujące korzenie za niedrożne dla igły nerwowéj, a mianowicie: obydwa korzenie pierwszych zębów dwuguziczkowych górnych; obydwa korzenie licowe zębów trzonowych górnych oraz korzeń dośrodkowy zębów trzonowych dolnych, który po największéj części posiada dwa cieniutkie kanaliki.

Wobec tych warunków uciec się należy do środków chemicznie w ten sposób działających, aby zniszczyły w pozostałych częściach rdzenia zębowego zdolność do dalszego rozkładu, t. j. aby go uczyniły aseptycznym. Witzel[1]) używa do odrażania kanałów korzeniowych silnego roztworu sublimatu (20%) i wypełnia je pastą złożoną z sublimatu, kwasu karbolowego i morfiny, a wreszcie nakłada plombę, przywiązując, jak i wszyscy inni autorowie, największą wagę do dokładnego wydalenia części gnilnych pulpy; jeżeli zaś tego z wszelką dokładnością uskutecznić nie może, natenczas pozostawia jamę próchnicową zęba otworem i tylko silnie roztworem sublimatu przestrzykuje. Metoda ta ze względu na użyty środek desinfekcyjny nie pozostawiałaby nic do życzenia, gdyby nie ta głównie okoliczność, iż pod wpływem sublimatu ściany korony przyjmują ciemne, prawie czarne zabarwienie i dlatego zwłaszcza na zębach przednich wspomnianéj pasty na stałe w korzeniach pozostawić nie można. Baume[2]), Miller[3]), Parreidt[4]), Brandt[5]), Metnitz[6]). Sachs[7]) i inni wprowadzają do kanałów korzeniowych nitki

---

[1]) *Compendium d. Path. u. Therap. der Pulpakrankheiten des Zahnes* 1886. — [2]) *Lehrbuch d. Zahnheilk.* 1885. [3]) W wykładach i ambulat. w poliklinice berlińsk. — [4]) *Compend. d. Zahnheilk.* 1886. — [5]) *Lehrb. d. Zahnheilk.* 1890. [6]) *Lehrb. d. Zahnheilk.* 1891. — [7]) *Handbuch d. Zahnheilk.* Dzieło zbiorowe wydane przez Schaffa 1892.

waty, napojone zgęszczonym rozczynem kw. karbolowego. Scheff jun.[1]) stosuje w tym celu chinolinę, Walkhoff[2]) chlorek fenolu, Kejzlar[3]) aristol, inni nowsze środki desinfekcyjne, jak lysol, kreolinę i t. d. Sterylizacyja jednak w mowie będących przestworów możliwą jest tylko przy dłuższem używaniu podanych środków, a pewnego pod tym względem przekonania nabieramy dopiero wtenczas, skoro nitka waty po 24 godzinach nie okazuje zgniłej woni, co wymaga niekiedy zmiany opatrunków przez kilka lub nawet kilkanaście dni z rzędu. Vajna[4]) sądząc, iż niepowodzenie po zaplombowaniu obumarłych zębów powstaje skutkiem nienależytego użycia środków przeciwgnilnych, podaje swoje strzykawki włosowate (*Capillar-Injectoren*), których kaniule, mające kierunek prosty lub będące pod kątem 90° i 120° zakrzywione, dają się wprowadzić do wszystkich korzeni bez względu na położenie jamy próchnicowéj zęba i pozwalają zastosować tamże lek w odpowiednio małéj dawce bez zadrażnienia otaczających części. Bardzo wielu zwolenników znalazł jodoform albo w postaci proszku (Hesse[5]), Holländer[6])), albo jako pasta (Shogsborg[7]), Chruszczow[8])). Miller[9]) jednak wykazał, iż jodoform nie tamuje rozwoju drobnoustrojów w gnijącym rdzeniu zębowym i dlatego w tym celu używać się go nie powinno. I rzeczywiście w zębach tą metodą leczonych znaleść można jodoform w stanie niezmienionym na powierzchni rdzenia, który swobodnie uległ gnilnemu rozkładowi i wywołał zmiany zapalne na okostny. Słusznie powiada Baume: „*das Jodoform hat so zu sagen todt gelegen*“. Coleman[10]) a za nim Cunningham[11]) uważają arszenik za najlepszy środek do stałego desinfekcyjonowania resztek rdzenia w kanałach korzeniowych niedostępnych dla igiełki nerwowéj i otrzymują bardzo dobre wyniki, chociaż całą operacyję plombowania na jednem posiedzeniu kończą. Metodę tę przyjął także Holländer[12]) i jest z niéj bardzo zadowolony. Ponieważ częstokroć się zdarza, iż arszenik sprowadza reakcyję zapalną okostny po zatruciu pulpy, więc przypuścić trzeba, iż chyba w bardzo małéj dawce może działać stale przeciwgnilnie na zgorzelinowe części tego organu. Baume[13]) stara się za pomocą zupełnie nowéj metody ochronić rdzeń zębowy zatruty przed rozkładem gnilnym i to przez nasycenie go (*Imprägnirung)* solami, a mianowicie ałunem lub boraksem, które w postaci krystalicznéj wprowadza do jamy rdzenia, tamże rozciera tak, aby w ujścia poprzednio sztucznie rozszerzonych kanalików się dostały i po usunięciu nadmiaru nakrywa je szczelnie zwiniętym w kulkę staniolem, a wreszcie wypełnia jamę próchnicową zęba plombą stałą. Rother[14]) uznał tę metodę za najprędzéj i najbezpieczniéj do celu prowadzącą w zębach świeżo pozbawionych życia, czy jednak takie nasycenie rdzenia uległego zgorzeli, jak Baume przypuszcza, z równą korzyścią da się zastosować, dotychczas stwierdzone nie zostało i o ile się zdaje, jest bardzo nieprawdopodobne. O wiele mniéj względów dla zatrutéj pulpy okazuje Herbst, który za pomocą swojéj metody rotacyjnéj nakrywa ją bezpośrednio w częściach korzeniowych hermetycznie staniolem a na tym osadza stałą plombę nie stosując poprzednio żadnych antiseptycznych środków[1]). Uważając szczelne zamknięcie kanałów za najpierwszy warunek do zapobieżenia rozkładowi pulpy, otrzymuje podobno H. przy takiem postępowaniu jaknajlepsze wyniki, co potwierdzają spostrzeżenia i innych jego naśladowców.

Wysokiéj ciepłoty używano również, aby zniszczyć obumarły rdzeń zębowy w miejscach dla mechanicznego usunięcia niedostępnych i to dawniéj za pomocą *ferrum candens*, obecnie zaś za pomocą galwanokaustyki lub termokauteru Paquelina[2]). Pod wpływem metalu do czerwoności rozżarzonego ulegają zwęgleniu w mowie będące istoty organiczne aż do samego szczytu korzenia. Kirchner[3]) łączy to zwęglenie z działaniem następowem pary jodu, która przez ogrzanie jodoformu do odpowiedniéj temperatury (180° C.) w postaci fijoletowego gazu się wydobywa. Kryształki jodoformu wprowadza on na druciku platynowym pętli galwanokaustycznéj w głąb kanału korzeniowego w stanie zimnym jak można najgłębiéj, a następnie przez zamknięcie prądu rozżarza drucik i sprowadza wydzielanie jodu, który w postaci pary przenika części rdzenia w nieprzystępnych dla wypalania miejscach. W tem samem posiedzeniu wypełnia następnie kanał pastą z tymolu i plombuje na stałe jamę próchnicową korony. I ten sposób postępowania ma dawać bardzo dobre wyniki, jakkolwiek częstokroć występują objawy zadrażnienia okostny w kilka dni jednak przemijające.

Pominąwszy inne mniéj lub więcéj racyjonalne metody leczenia zębów nieżywych, przystępuję do opisania własnego sposobu, który tak po świeżem obumarciu rdzenia, jakoteż w przypadkach ropienia lub zgorzeli tego organu, oddał mi jak najlepsze usługi. Przedewszystkiem jednak mam tu na względzie przypadki ostatniego rodzaju, gdzie mamy do pokonania sprawę gnilną rozwiniętą w treści i w ścianach jamy rdzenia zębowego, a niekiedy jeszcze do usunięcia zmiany chorobowe, będące tejże sprawy następstwem.

W pierwszym rzędzie chodzi naturalnie o jaknajdokładniejsze oczyszczenie jamy próchnicowéj zęba z ciał obcych jakoteż ze wszystkich części zębowiny chorobowo zmienionych tak, aby tylko czyste i zdrowe ściany pozostały. Czynność ta jest niekiedy bardzo łatwą n. p, jeżeli jama wychodzi z powierzchni żucia, kiedyindziéj znowu nader trudną n. p. w jamach zajmujących ściany boczne zębów (*Approximal-Cavitäten*). Ponieważ przy takiem oczyszczeniu największe trudności sprawiają zazwyczaj zaułki jamy niedostępne ani dla ekskawatora ani dla świderka poruszanego kołowrotkiem, przeto lepiéj jest celem ułatwienia sobie przystępu odłupać część zdrową szkliwa, aniżeli pozostawić pod niem najmniejszą chociaż odrobinę próchnicowo zmienionéj zębowiny, która staje się następnie punktem wyjścia dla rozwoju tejże choroby w zaplombowanym zębie. Z jamy rdzenia usuwam wszystkie gnilne istoty, aby również zupełnie czyste i zdrowe ściany otrzymać, przyczem naturalnie potrzeba niekiedy ostrem narzędziem usunąć z tych ostatnich

[1]) *Lehrb. der Zahnheilk.* 1884. — [2]) *Deut. Monatschr. f. Zahnheilk.* Mai, 1883. — [3]) *Oest.-ung. Viertjsch. f. Zahnheilk.* Październik, 1890. — [4]) *Oest.-u. Viertj. f. Zahnheilk.* Kwiecień, 1890. — [5]) *D. M. f. Z.* Czerwiec, 1884. — [6]) *Das Füllen der Zähne.* 1885. — [7]) Autor ten poleca pastę jodoformową jako lek swoisty w zapaleniu rdzenia zębowego. *D. M. f. Z.* Sierpień, 1886. — [8]) *Correspbl. f. Zahnärtzte.* Styczeń, 1885. — [9]) Sprawozdanie w *D. M. f. Z.* z grudnia 1890 i marca 1891. — [10]) *Lehrb. d. zahnärtzl. Chir. u. Path.* 1883. [11]) Sprawozd. w *D. M. f. Z.* Październik 1889. — [12]) *Oest.-u. V. f. Z.* Kwiecień 1888. — [13]) *D. M. f. Z.* Marzec 1888. — [14]) *Zahnärtzl. Rundsch.* zeszyt I, 1889.

[1]) Odpowiednie doświadczenia przez Herbsta wykonane miałem sposobność widzieć w Frankfurcie n/M. i w Lipsku r. 1888. [2]) Brandt podał zmodyfikowany do celów dentystycznych termokauter Paquelina: zob. *D. M. f. Z.* Sierpień 1889. — [3]) *D. M. f. Z.* Czerwiec 1881.

powierzchowne warstwy chorobowo zmienione. Następnie rozszerzam przystęp do kanałów korzeniowych za pomocą świderka i wydobywam ztamtąd, o ile to jest możliwe, pulpę korzeniową igiełkami Arringtona. Zauważyć przy tem muszę, iż wszelkie narzędzia, których w jamie rdzenia i kanałach korzeniowych używam, a przedewszystkiem wspomniane igły, maczam za każdym razem przed wprowadzeniem do tych jam w zgęszczonym kwasie karbolowym, wychodząc z tego przekonania, iż takie kilkakrotne wprowadzenie igły z uwieszoną na jéj haczyku odrobiną silnego środka przeciwgnilnego podczas wydobycia pulpy, znakomicie do desinfekcyi jéj resztek w końcowych częściach kanału się przyczynia.

Tym sposobem nie można jednak nabrać pewności, iż kw. karbolowy przesiąknął zgniły rdzeń aż do samego szczytu korzeni, albowiem jeżeli się w tym okresie balonikiem wdmuchnie do korzenia silny prąd powietrza, takowe wraca mocno cuchnące jeszcze zgnilizną. Aby więc te istoty gnilne zniszczyć, a przynajmniéj aby je uczynić niezdolnemi do dalszego rozkładu pod plombą, również aby wyjałowić same ściany kanałów, które są przesiąknięte pierwiastkami rozkładowemi a niedostępne dla mechanicznego oczyszczenia, używam przestrzykiwania kanałów rozczynem przeciwgnilnym z następowem wdmuchiwaniem gorącego powietrza. Do przestrzykiwania daje się skutecznie zastosować strzykawka Bleichsteinera, mająca kształt bagnetowy, na któréj osadzoną kaniulę można dość głęboko wsunąć w kanał korzeniowy i silny prąd środka przeciwgnilnego do niego wprowadzić.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Brünauer (Wiedeń): **Przypadek makrosomii.**

Makrosomią nazywamy nadmierny rozrost ciała w niestosunku będący do wieku, spostrzegany przeważnie u dzieci. Może ona mieć już początek w łonie matki albo rozpoczyna się dopiero w życiu płodowem. Często obejmuje tylko pojedyncze części, często całe ciało, a wtedy nazywamy ludzi takich olbrzymami. Prof. Tareuffi opisał 46 przypadków jużto częściowéj już téż zupełnéj makrosomi. B. podaje opis, wymiary i fotografię olbrzymiego noworodka, którego prof. Monti nazwał: *mirabile exemplum.*

J. F. dziecko 6-miesięczne, płci męzkiéj, ma rodziców także silnéj ale nie nadmiernéj budowy ciała. Starszy braciszek 3 letni jest dzieckiem na swój wiek wątłem i małem. Dziecko opisane w dzień swego urodzenia ważyło 4800 gr. (dziecko prawidłowe waży 3080), w 6 miesięcy potem ciężar ciała wynosił 14.000 gr. (u prawidłowych dzieci 7000). Jeszcze ciekawsze są wymiary tego małego olbrzyma i tak: długość ciała = 75 ctm., obwód czaszki = 43 ctm, obwód szyi = 28 ctm., obwód klatki piersiowéj = 53 ctm., obwód uda = 35 ctm. Zresztą narządy wewnętrzne zupełnie prawidłowe, inteligencyja odpowiadająca dziecku 6-miesięcznemu, twarzyczka przyjemna i uśmiechnięta. Pierwszy ząb w 3 im miesiącu a w 6-tym miesiącu dziecko ma już 12 zębów. — (*W. med. Wschft.* Nr. 1, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby wewnętrzne.

Hölscher i Seifert: **O działaniu gwajakolu w gruźlicy.**

Jedynie tylko Prof. Sommerbrodt i mała cząstka lekarzy uważa kreozot i gwajakol za środek właściwy przeciwkogruźlicy, inni zaś lekarze twierdzą, że działa on tylko symptomatycznie jak środek gorzki, zwiększając soki wydzielnicze żołądka i ułatwiając trawienie. Jakkolwiek nie da się zaprzeczyć, że i w tym kierunku przetwory kreozotowe działają doskonale zwiększając apetyt i podnosząc odżywianie, to z drugiéj strony własności jego specyficzne przeciwko gruźlicy co raz bardziéj stają się widocznemi. Stosując zaś węglan gwajakolowy — środek, który ani zapachu ani smaku niema — przekonywujemy się, że i on także działa korzystnie na trawienie, a więc działanie to zależy już nie od zapachu, goryczy lub drażnienia błony śluzowéj żołądka, przez który przechodzi prawie nie zmieniony, lecz od jego chemicznych własności. Nadto wstrzyknięty gwajakol w udo działa równie dobrze, jakby się dostawał do żołądka. Gwajakol będąc wchłoniętym, nie krąży w wolnym stanie we krwi lecz jako nowy jakiś bliżéj nie znany związek i w tym stanie wcale nie jest trującym dla prątków, jak to doświadczenia na zwierzętach wykazały. Wydzielonym zostaje z organizmu jako kwaśny etrosiarczan, co uprawnia nas do przypuszczenia, że gwajakol podczas wchłaniania łączy się z ciałami białkowatemi krwi, a mianowicie za pomocą atomu siarki. Krew u suchotnika zawiera obok normalnych istot białkowatych jeszcze i wiele innych produktów i rozkładowych istot białkowatych, powstałych w skutek działania prątków gruźlicy, gorączkę, rozpad itp. i te będąc o wiele słabszemi połączeniami, niż normalne istoty białkowate w krwi się znajdujące łatwiéj się łączą z gwajakolem, stając się, przez to nieszkodliwemi; gwajakol łączy się bowiem z siarką tych istot i powstaje kwaśny siarczan gwajakolowy, a reszta zaś tych istot jeszcze daléj się rozpada, utlenia i zostaje przez mocz wydzielona. Wten sposób zostaje krew uwolniona od tych trujących produktów, które wywołują gorączkę, poty nocne, psują trawienie a przy użyciu gwajakolu, węglanu gwajakolowego, lub kreozotu objawy te powoli ustępują i o ile organizm jest w stanie te środki sobie przyswoić, lub o ile więcéj ich może zużyć, tem skutki są lepsze, co zresztą doświadczenia i praktyki istotnie potwierdzają.

Inne środki z grupy fenolu lub też z grupy antifebryny, fenacetyny, które opuszczają organizm jako eterosiarczany kwaśne, muszą podobnie działać na te produkty rozpadowe, a łącząc się z niemi w związki nieszkodliwe, nietrujące, uwalniają organizm od zakażenia. W tem więc znaczeniu gwajakol działa jako środek przeciwko gruźlicy, ale nie tak jak myślano do niedawna, że przy jego użyciu wytwarza się sterylizacya krwi lub wewnętrzna antyseptyka, bo doświadczenia z taką krwią nasyconą gwajakolem wykazały bezpodstawność tego dowodzenia. (*Berlin. Klin. Wochschr.* N. 3. 1892.). *Dr. J. Surzycki.*

Chirurgija.

H. Sahli: **O zabiegach chirurgicznych na mózgu ze względu na medycynę wewnętrzną.**

Wykład S. ważnym jest ze względu na to, że lekarz chorób wewnętrznych bada warunki, w których zabieg operacyjny w chorobach mózgu jest uzasadnionym i w których on korzystnego wyniku spodziewać się dozwala. Z wykładu wyklucza S. obrażenia ogniskowe mózgu sprowadzone uszkodzeniem czaszki w następstwie urazu. Natomiast zastanawia się nad zabiegami podejmowanemi z powodu nowotworów mózgowych, ropni, padaczki, celem usunięcia wygórowanego ucisku mózgu dla nowotworów tegoż, chorób opon, wad utworowych wreszcie celem leczenia niektórych chorób umysłowych.

Z nowotworów mózgu tylko te operacyjnie usunąć można, które są na sklepieniu półkul usadowione, ściśle odgraniczone od otoczenia, niezbyt wielkie, w przeciwnym bowiem razie wygórowany ucisk utrudnia znacznie oznaczenie siedliska nowotworu, i wreszcie pierwotne a nie przerzutowe. Niebezpieczeństwo zabiegu przy nowotworach grozi ze strony wielkiéj trudności w tamowaniu krwotoku, łatwości zakażenia rany od zewnątrz i operacyjnego insultu. Z dotychczas podejmowanych zabiegów celem usunięcia nowotworów mózgu prawie $^1/_3$ część uwieńczoną była istotnie pomyślnym skutkiem; w przypadkach tych prawie wyłącznie usunięto nowotwory z ruchowego obrębu kory półkul. Z 18 ropni mózgowych leczonych chirurgicznie aż do obecnéj chwili 13 było uleczonych zupełnie, a jeden częściowo. Uwzględniwszy, iż ropnie te są albo następstwem urazu na czaszkę,

lub otoku jamy bębenkowéj z przebiciem do jamy czaszkowéj, stanowczo przyznać należy, iż oznaczenie siedziby ropnia jest stosunkowo łatwem; albo znajduje się on w okolicy czaszki urazem dotkniętéj, lub jeżli on jest następstwem otoku jamy bębenkowéj znajduje się w płacie skroniowym lub móżdżku. Z form padaczki tylko forma drgawek Jacksona może stanowić wskazanie do zabiegu celem usunięcia ośrodka ruchowego zbytnio pobudliwego, wywołującego kurcze. Mimo to i w tych przypadkach widziano po zabiegu nawroty napadów, czy to wskutek wycięcia niewłaściwego ośrodka, czy też wskutek objęcia czynności chorobowéj wyciętego ośrodka przez inny okoliczny ośrodek, czy też wreszcie przez drażnienie okolicznych ośrodków blizną utworzoną w miejscu centrum wyciętego wywołane.

Zabiegi operacyjne w chorobach nieuleczalnych mózgu podejmowane, mają tylko skutek przemijający, np. o ile one przez obniżenie czasowe wygórowanego parcia śródczaszkowego usuwają czasowo dotkliwy ból głowy, tarczę zastoinową itd. S. radzi w takich przypadkach wykonywać trepanacyę kości tępym trepanem i bez przebicia opony twardéj. W końcu nie sądzi, żeby zabieg w mikrocefalii był dojrzale uzasadnionym; rękoczyny zaś w przypadkach wynaczynień czy to bezpośrednie czy też pośrednie mianowicie przez zalecane podwiązanie tętnicy dogłowowéj uważa za szkodliwe. Toż samo zwalcza ostro zdanie Burkhardta, aby chorym umysłowym nieść chirurgiczną pomoc, pomysł Horsleya, aby kilaki operacyjnie usuwać. (*Sammlung klin. Vortr. Volkmanna* N. 28. 1891.) *Dr. Wachholz.*

Choroby kobiece.

Kleinwächter (Czerniowce): **Zasady gineko-elektroterapii.**

Metoda Apostolego z dwóch względów zasługuje na omówienie. Po pierwsze dlatego, że jest łatwą do stosowania dla lekarzy niespecyjalistów, a z drugiéj strony, że usuwa bez bólów i bez przerwy w zawodzie cierpienia, które dotąd tylko leczono za pomocą operacyi, i że w odpowiednich wskazaniach metoda ta jest pewną, a przy postępowaniu aseptycznem prawie bez niebezpieczeństw. Praca autora ma na celu zapoznanie ogółu lekarzy w sposób przystępny a treściwy, z metodą i wskazaniami dla elektroterapii w ginekologii. Przytoczywszy liczny szereg autorów, którzy przed Apostolim metodą tę stosowali (do r. 1881), omawia autor główne zasady nauki Apostolego, który ma tę zasługę, iż z nauki tylko doświadczalnie, bez ścisłych wskazań stosowanéj, stworzył metodę naukową o pewnym ściśle naukowym planie.

W ginekologii używa się prądów stałych, rzadziéj przerywanych.

Prąd stały. Aparat opatrzony reostatem ma być takiéj miary, aby mógł dać prąd do 300 Miliamperów. Jedną elektrodę kładzie się jak najbliżéj części choréj, lub też w samą część chorą (n. p. do macicy, jajników), drugą zaś na powłoki brzuszne. Dlatego też muszą one być różnéj wielkości i jakości. Elektroda na powłoki brzuszne t. zw. obojętna, winna być obszerna (mniéj lub więcéj 30 centim. długa, a 20 ctm. szeroka) z dowolnego, ale lekkiego materyjału i mocno zwilżona. Autor używa jako elektrody obojętnéj kompresu z flaneli, maczanego w ciepłéj wodzie. Elektroda zaś działająca, t. zw. czynna, jest małych rozmiarów, jużto dlatego, aby działanie było większe, jużteż dlatego, że stosunki rozmiarowe na inne nie pozwalają. Kształt ich może być różny: sondy maciecznéj, sztyletu, igły, cylindra i t. p. Mogą być albo metalowe (z złota, platyny), lub też niemetalowe, które się sporządza z odtłuszczonéj waty dobrze wilgotnéj. Działanie elektrod niemetalowych jest łagodniejsze, lecz bardziéj w głąb tkanek działające od elektrod metalowych. Co do wskazań do użycia pewnych biegunów i elektrod, to 1) bieguna dodatniego jako czynnego używa się, gdy potrzeba działania ściągającego, przeciwkrwotocznego i żrącego lub wywołania skurczów. Przy prądach słabych działa kojąco (szczególniéj elektrody niemetalowe) i znieczulająco i drażni nerwy naczyniowe. 2) Biegun ujemny jako czynny jest właściwie elektrolityczny, używa się go też wyłącznie do rozpuszczania dobrotliwych nowotworów macicy. Przy słabych prądach działa skrzepiająco i ułatwia wessanie.

Prądu przerywanego używa się li tylko do wywołania skurczów jużto mięśni jużteż naczyń i dlatego ma zastosowanie w zapaleniach przewłocznych, gdzie działa podobnie jak mięsienie. Zastosowanie ma tylko prąd drugorzędny przerywany. Jako elektrod używa się obok wyż wymienionych także Apostolego zgłębników dwubiegunowych, maciecznych i pochwowych, które mają tę wyższość, że w sobie mieszczą oba bieguny, więc razem w macicy działają na małéj przestrzeni.

Co do siły prądu, to zależy od natury cierpienia. 1—2 M. A. wystarczy n. p. do ukojenia bólu, 20—40 M. A. do usunięcia świądu sromu, 40—60 M. A. w *subinvolutio uteri*, a przy mięśniakach macicy potrzebny niekiedy prąd do 350 M. A. Im większa siła prądu, tem większa winna być elektroda obojętna. Prądy do 200 M. A. zazwyczaj nie wymagają uśpienia choréj, prądy silniejsze stosować należy w narkozie. Elektroda czynna bywa dostatecznie w pochwie odosobniona, aby niepotrzebnie nie ranila, i to albo za pomocą rur kauczukowych, lub też wziernika. Na początku posiedzenia bierze się prąd słaby, stopniowo się go zwiększa do potrzebnéj siły a następnie znów zwolna się go zmniejsza; jest to ważne dlatego, że w przeciwnym razie może wystąpić shock. Należy także uważać, aby elektroda czynna nie wywoływała bólu, który jest wskazówką, że trzeba prąd zmniejszyć, chyba że istnieje stan zapalny.

Czas trwania posiedzenia wynosi nie więcéj nad 5—10 minut przy stosowaniu prądu stałego, przy prądzie przerywanym nawet do 40 m.

Przeciąg czasu od jednego do następnego posiedzenia zależy od siły użytego prądu. Prąd słaby można aplikować co drugi dzień, silniejsze 2 razy tygodniowo, a galwanopunkturę co 2 tygodnie. Zawsze należy przestrzegać następujących środków ostrożności: a) aby prądu nagle nie przerywać, co się często dzieje przez nieuwagę lub niepokój choréj; b) aby postępować ściśle antiseptycznie (odrażać pole operacyjne, elektrody i ręce); c) leczenie odbywać się ma dokładnie według wskazań tak co do wyboru bieguna jakoteż i siły prądu, d) nagłe znikanie wszystkich objawów chorobowych po I. posiedzeniu nie powinno łudzić, bo bywa tylko pozorne; e) obecność spraw zapalnych ostrych, jak niemniéj chorób serca, wymaga przezorności.

Przeciwwskazanie do leczenia elektrycznością jest ciąża, ostre zapalenie nerek, macinnica, nadczułość, idiosynkrazyja i nieżyty jelit. (Dok. nast.)

Choroby skórne i kiłowe.

Purtscher: **Wrzód pierwotny na dolnéj powiece.**

Ośmnastoletnia dziewczyna wiejska zasłabła przed 2 tygodniami na zapalenie prawego oka. Znaczne obrzmienie ograniczało się tylko do powieki dolnéj, wydzielina była nieznaczna. Przy dotyku zewnętrznym spostrzeżono bardzo znaczne stwardnienie głębszych tkanek powieki. W środku dolnego załamka spojówki znajdował się wrzód niemal wielkości bobu, na 3 mm. zagłębiony, brudną wydzieliną pokryty, o brzegach prawie chrząstkowatych i w obwodzie silnie zaczerwieniony, gruczoły za uchem były powiększone. W pierwszéj chwili myślał autor, że to jest oparzenie spojówki jakimś środkiem żrącym lub może ograniczona błonica. Gdy jednak te przypuszczenia zostały wykluczone, nie powątpiewał dłużéj, że jest to wrzód kiłowy. Ponieważ chora stanowczo wypierała się wszelkich stosunków płciowych z mężczyznami, a nadto okazało się, że była *virgo intacta*, przyszedł tedy autor na myśl, iż w niektórych okolicach panuje u ludu zwyczaj wylizywania chorych oczu. Odnośnie do tego przypuszczenia zapytał się wprost choréj kto jéj oko wylizywał, poczem się sprawa wyjaśniła, że chora

swojéj własnéj matce miała kiłę do zawdzięczenia. Według podania oko było już przed tygodniem lekko zaczerwienione. (*Centralblatt für prakt. Augenheilk.* 1891, November.)

Dr. Skobel.

Kromayer: **Leczenie rzeżączki przewlekłéj.**

W leczeniu rzeżączki znajomość budowy cewki moczowéj, jako téż własności jéj fizyologicznych odgrywają bardzo ważną rolę. Rozpoznanie, czy zarodek choroby znajduje się w przedniéj części cewki, czy w tylnéj, jest rzeczą najgłówniejszą, rozstrzyga bowiem o sposobie leczenia. Rozpoznanie najlepiéj oprzeć na próbie 2 szklanek lub wypłukaniu cewki przedniéj. Jeżeli się mówi o rzeżączce chronicznéj, to można mieć na myśli tylko trypra cewki tylnéj, gdyż część przednia łatwo jest przystępną cieczy zwykłéj strzykawki, która jednak po za *bulbus* nie przechodzi. W celu leczenia części tylnéj musimy użyć innych metod. Najprostszą i najłatwiejszą jest metoda polegająca na wprowadzeniu elastycznego cewnika do części tylnéj, i przepłukiwaniu jéj rozczynem *argent. nitr.* 1 : 4000—5000. Ta sama myśl tkwi w metodzie Gyona i różni się ona tylko ilością wprowadzonego leku. Guyon zastrzykuje kilka kropli rozczynu azotanu srebrowego 0·25%. K. nie jest zwolennikiem leczenia za pomocą twardych zgłębników, widział bowiem po zastosowaniu częste zapalenia jąder, gruczołu krokowego i pęcherza. Jeżeli zmiany chorobowe nie przekroczyły opuszki, a przyjęły mimo to charakter rzeżączki przewlekłéj, to sprawa chorobowa najpewniéj nie ma typu rozlanego, lecz raczéj miejscowy. W tych przypadkach endoskop najlepsze oddaje nam usługi. Za pomocą niego najlepiéj możemy przekonać się o umiejscowieniu się choroby. Jeżeli istnieje owrzodzenie, to najlepiéj wprowadzić do endoskopu pędzelek namoczony w silnym rozczynie *argent. nitr.* i miejsce to zapędzlować; jeżeli zaś mamy do czynienia z brodawkami, to posługujemy się metodą wprowadzania zgłębników i świeczek, lecz nie po za opuszkę. Wobec zastarzałych nacieków najlepiéj rozszerzać cewkę metodą Oberländera albo nacinać miejsca naciekłe według Otisa. (*M. m. Wnft.* Nr. 46. 1891).

Dr. Mendelsburg.

Toksykologija.

Adler: **Przypadek otrucia hyoscyną.**

Uczeń zażył przez nieostrożność znaczną ilość hyoscyny. Zaraz potem nastąpiła utrata przytomności, śpiączka, drgawki kloniczne, sino-blade zabarwienie skóry, źrenice ad maximum rozszerzone, suchość błony śluzowéj jamy ust, szybkie i miękkie tętno. Po kilku godzinach przytomność zwolna wracać zaczęła, tętno stało się wolniejszem i silniejszem. Potem wystąpił stan znacznego rozdrażnienia, po którym chory wpadł w głęboki sen. Następnego dnia wszelkie objawy ustąpiły bez śladu. W moczu wykazano pewną istotę mającą podobne własności fizyjologiczne, co ciała należące do grupy wilczéj jagody (*atropa belladonnae*). (*Berl. kl. Wschr.* 10, 1891.)

Dr. Süsskind.

Terapija.

Niell Mac Gillycuddy (Bournemouth: **O działaniu leczniczem fenacetyny.**

G. przypisuje fenacetynie wielką wartość ze względu na jéj działanie kojące ból i przeciw gorączkowe. Środek ten miał autor ze skutkiem stosować od 2 lat prawie we wszystkich rodzajach bólów tak przeciw migrenie i nerwobólowi jakoteż wobec ropni ucha. G. uważa fenacetynę jako specyfikum przeciw influenzy, a w chorobach dzieci ma f. oddawać usługi znakomite przewyższające wszystkie inne środki, gdyż usuwa bóle i gorączkę, nie sprowadzając żadnych następstw niekorzystnych.

Autor w końcu wyraża zdziwienie, dlaczego środek ten tak małe znajduje zastosowanie, skoro stosowanie innych środków, jak n. p. antipyryny, połączone jest z tylu niebezpieczeństwami. (*Brit. med. Journal.* 1891.) *Dr. Beck.*

V. Szkoła i jéj wpływ przeważny na powstawanie i szerzenie się nagminnego zapalenia gruczołu zausznego.

Podał

Dr. Antoni Pietrzycki,

c. k. lekarz powiatowy w Brzesku.

W dniu 2 go b. m. miałem sposobność sprawdzić zapalenie gruczołu zausznego w gminie Strzelcach Małych, gdzie takowe już w d. 15/1 b. r. u kilkorga dzieci szkolnych się pojawiło było, w 10 dni późniéj największe rozmiary przybrało (z 36 dzieci szkolnych zapadło na nie bowiem 26), a od téj chwili znów zwolna ustępować poczęło.

W dniu sprawdzenia słabości znalazłem jeszcze 8-ro dzieci, które w większym lub mniejszym stopniu okazywały obrzęk twarzy obustronny, przeważnie w okolicy kąta żuchwy rozwinięty, bolesny, otwieranie ust w rozmaitym stopniu utrudniający. Obrzęk ten do rozwoju swego wśród dreszczyków dość szybko przychodzący osiągał u dzieci, które do zdrowia już powróciły były, w 3. i 4. dniu szczyt rozwoju, następnie malał rychło tak, że w 8. a 9. dniu stan ten zazwyczaj powracał do prawidłowego.

Jeżeli niniejszy opis podaję do powszechnéj wiadomości, to czynię to ze względu, że szczególniejszem zdarzeniem słabość ta, która najpierw u dzieci szkolnych do rozwoju przyszła, w całym swym dalszym przebiegu również i to prawie wyłącznie tylko do dzieci szkolnych się ograniczała, a to nawet w takich domach, gdzie prócz 1-go lub 2-ga dzieci szkolnych jeszcze w téj saméj izbie kilkoro innych we wieku młodszym lub starszym się znajdowało, jak n. p. w domu Pawła Domagały (Nr. 29), Jana Oleksego (Nr. 26), Kazimierza Drapika i t. p.

Zwiedzona przezemnie szkoła ludowa, prywatna, przez nauczyciela prowizorycznie na takową z pomieszkania zamieniona, mieściła się w budynku dopiero w roku ubiegłym wystawionym i pod zimę wylepionym, na nasypisku krótko przed rozpoczęciem budowli usypanem, zaledwie kilkanaście ctm. wzniesionem. Wnętrze szkoły w stosunku do liczby zwiedzającéj je dziatwy szkolnéj zbyt szczupłe, przedstawiało wilgoć znaczną, która w formie kropli na drzwiach i na ścianach występowała. Strzelce Małe mają położenie niskie (leżą nad Wisłą) a odznaczają się w porze wilgotnéj błotami i utrudnionym, dla braku należytego pochylenia terenu, odpływem wody meteorycznéj. Okoliczność, że mimo ogólnych wielce wadliwych wpływów lokalnych słabość ta tylko u dzieci szkolnych przyszła do rozwoju i tu niemal wyłącznie (zanotowano tylko jedno 1½ roczne dziecko również zapaleniem gr. zausznego dotknięte) się utrzymywała i daléj rozwijała, wskazuje, że budynek szkolny był tem miejscem, które warunki sprzyjające rozwojowi téj słabości w najwyższym jeżeli nie wyłącznym stopniu wytworzyło i na powstanie epidemii główny wpływ miało.

Przed rokiem miałem sposobność sprawdzać i leczyć tę samą słabość w Wojniczu i Zamościu w miesiącu kwietniu a to u przeszło 90 dzieci. Wówczas znachodziło się pomiędzy niemi 25 takich, które wiek 10 lat już przekroczyły, a kilkoro nawet we wieku ponad lat 14, a więc w takim, w którym młodzież wiejska i małomiejska do szkoły już nie uczęszcza. Lecz i na odwrót obok dzieci szkolnych przeważnie zausznicą dotkniętych zauważyłem we wielu domach i takie dzieci tą słabością nawiedzone, które znachodząc się we wieku od 1½ r. do 5½ do szkoły jeszcze uczęszczać nie mogły. Przypisywanie przyczyny ówczesnéj słabości wyłącznie szkole i jéj wadliwym porą wilgotną potęgowanym wpływom nie miałoby należytéj podstawy, choć i w owéj epidemii ołówkiem w ręku przypadek za przypadkiem znacząc, przyszło się do przekonania, że stosunek dzieci szkolnych téj słabości uległych był znacznie przeważającym, bo się miał do przypadków innych chorobą tą nawiedzonych jak 5 : 2.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 lutego. Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 17 lutego odbytem 1) kol. Przewodniczący doniósł Towarzystwu, że a) obraz śp. Dra Marcinkowskiego, ofiarowany przez sekcyję lekarską Tow. przyj. nauk w Poznaniu z powodu 25-éj rocznicy istnienia Tow., został za zezwoleniem Wydziału lek. tymczasowo umieszczony w kancelaryi Dziekana; b) że komisyja budowy domu Tow. ukonstytuowała się, wybierając przewodniczącym kol. Marsa; c) że komitet rozpatruje sprawę zaprowadzenia Izb lekarskich i przedłoży wyniki swych obrad na nadzwyczajnem posiedzeniu.

2) kol. Browicz okazał preparaty mikroskopowe mózgu z przypadku złośliwéj malacyi, tudzież żołądek z nadzwyczajną rozstrzenią z powodu raka odźwiernika powstałą.

3) kol. Obaliński miał odczyt „o zapaleniu linii przyrostkowéj kości długich u dzieci".

4) kol. Rydygier miał rzecz „o ranach przeponowych", objaśniając przedmiot rysunkami i schematami.

5) Zapadła uchwała Towarzystwa w sprawie przesłania deklaracyi Towarzystwu lekarzy galic., odnoszącéj się do projektu zmienionego statutu tegoż Towarzystwa.

* W poniedziałek d. 22 lutego odbyła się w sali hotelu Saskiego kolacyja składkowa na cześć przeszlorocznego prezesa Tow. lek. krak. prof. Gluzińskiego, w któréj wzięło udział około 70 członków Towarzystwa bez różnicy wieku i stanowiska. Wśród żywéj pogadanki i licznych toastów bawiono się do północy, a do zabawy przyczynił się niemało śpiew kilku młodszych kolegów.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Włodzimierz Hanakowski z Rohatyna w Galicyi i Józef Selzer ze Lwowa.

* Wyszedł z druku zeszyt 8 „*Rozpraw z zakresu medycyny praktycznéj*" pod redakcyją prof Dra Korczyńskiego i nosi tytuł „Nowsze sposoby leczenia krztuśca — napisał Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie. Zeszyt 9 zawierać będzie rozprawę Dra Leona Rosenbuscha „o nawykowem zaparciu żywota", a zeszyt 10 rozprawę Dra Eugeniusza Borzęckiego „o rozpoznawaniu i leczeniu rzeżączki u mężczyzn ze stanowiska bakteryjologicznego".

* Sekretarz główny I-go Zjazdu międzynarodowego ginekologów i położników zawiadamia nas, że belgijskie Towarzystwo ginekologiczno-położnicze zwołuje I Zjazd międzynarodowy ginekologów i położników, który w przyszłości ma się odbywać co 4 lata naprzemian w Belgii i Szwajcaryi. Zjazd I. odbędzie się w Brukseli w roku bieżącym od 14 do 19 września włącznie. Zgłoszenia przyjmuje Dr. Jacobs, sekretarz główny, w Brukseli (rue de Petits-Carmes 12) aż do 1 lipca b. r.

* W tygodniu 6-ym (od 7—13 lutego) było w Krakowie małżeństw 24, urodzeń 73, skonów 45, z tych z gruźlicy 12, z zapalenia płuc 8, z dławca i błonicy 5, z innych chorób zakaźnych 3, z odry 4, z płonicy 2.

* **Zmarli.** W Berlinie Dr. H. Rosenthal, przez lat 28 redaktor pisma *Allg. med. Centralzeitung*, licząc lat 58. — W Rostoku prof. fizyjologii i starszy radca lekarski Dr. Aubert, urodzony w r. 1826.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich

W *Medycynie* Nr. 3: Sprawozdanie roczne działalności lekarskiéj Zakładu ginekologicznego w Warszawie; Rybickiego: Kazuistyka sądowo lekarska (c. d.); Arnsteina: O upuście krwi ogólnym w praktyce włościańskiéj u nas i jego skuteczności. — W *Gazecie Lek.* Nr. 4: Puławskiego: Blednica z przebiegiem goraczkowym; Sokołowskiego: O stosunku wyrośli adenoidalnych jamy noso-gardzielowéj do t. zw. enuresis nocturna; Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.) — W *Nowinach lekarskich* Nr. 1: Korczyńskiego i Gluzińskiego: Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzusznym; Dunina: Przyczynek do leczenia bledniey; Wojciechowskiego: O kilku przypadkach choroby zakaźnéj Weila; Koehlera: Narzędzie do przebijania czyraków w zewn. przewodzie słuchowym; Chłapowskiego: O zielonym i modrym moczu. — W *Kronice Lekarskiéj* Nr. 1: Zawadzkiego: Wymioty nerwowe i przyczynek do ich leczenia; Biegańskiego: O zakładaniu pracowni klinicznych mikroskop.- chem. przy szpitalach prowincyjonalnych. — W *Medycynie* Nr. 4: Sznabla: Uwagi nad zdrowotnością rasy semickiéj w Warszawie; Rybickiego: Kazuistyka sądowo-lekarska (dok.); Sprawozdanie roczne z działalności lek. zakładu ginekologicznego w Warszawie (dok.). — W *Gazecie Lek.* Nr. 5: Bądzyńskiego: O metodzie Sjöquista oznaczania kw. solnego w zawartości żołądka; Elsenberga: Choroba Raynauda pochodzenia syfilitycznego; Halperna: Rzadki przypadek zgorzeli powstałéj z eczema intertrigo; Herynga: Kilka uwag w obronie elektrolizy. — W *Medycynie* Nr. 5: Radziszewskiego: Bakteryjologiczne prace Cornila i Babesa na polu etyjologii zapaleń nerek; Fruchtmana: O przyrządach bezpośrednio zapobiegających zmazom nocnym; Bujasińskiego: Do dziejów morfinizmu. — W *Zdrowiu* Nr. 76: Polaka: Określenie hygijeny. — W *Gazecie Lek.* Nr. 6: Kosińskiego: Sporozoa w komórkach raka; Bądzyńskiego: O zwierciadle kadmowem, otrzymanem przy dochodzeniu rtęci; Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 6: Radziszewskiego: Bakteryjologiczne prace Cornila i Babesa na polu etyjologii zapaleń nerek (c. d.); Bujasińskiego: Kazuistyka lekarska. — W *Nowinach Lek.* Nr. 2: Mitvalskiego: O niektórych guzach oczodołowych: Korczyńskiego i Gluzińskiego: Przyczynek do mieszanego zakażenia w durze brzusznym (dok.); Wojciechowskiego: O kilku przypadkach choroby zakaźnéj Weila; Dziembowskiego: Igła tkwiąca w osierdziu; Alkiewicza: Kw. solny przeciw wymiotom. — *Rozprawy z zakresu medycyny praktycznéj* zeszyt 7: Momidłowskiego: O istocie i leczeniu histeryi. — W *Gazecie Lek.* Nr. 7: Herynga: O łagodnych owrzodzeniach gardziela; Święteckiego: Przypadek tężyczki; Pawinskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.). — W *Medycynie* Nr 7: Radziszewskiego: Bakteryjologiczne prace Cornila i Babesa (dok.) — W *Gazecie Lek.* Nr. 8: Świąteckiego: Przypadek tężyczki (c. d.); Herynga: O łagodnych owrzodzeniach gardziela (dok.): Pawińskiego: O stosowaniu kofeiny w chorobach serca i nerek (c. d.); Wizła: Przypadek bolenia przepuszczającego. W *Medycynie* Nr. 8: Guranowskiego O ciałach obcych w uchu; Radziszewskiego: Rana drążąca brzucha zadana rogiem; Bujasińskiego: Wstrząśnienie mózgu. — W *Kronice Lek.* Nr. 2: Goldflama: Dwa przypadki t. zw. myoclonus multiplex; Zawadzkiego: Wymioty nerwowe i przyczynek do ich leczenia (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 2 marca o godzinie 6 téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali wykładowej prof. Łazarskiego (ul. św. Anny *Coll. physic.*). Porządek dzienny: 1) kol. prof. Rydygier okaże przypadek chorobowy; 2) kol. A. Beck będzie mieć odczyt: „Uwagi o fizyjologii części lędźwiowéj rdzenia pacierzowego" z demonstracyją; 3) Wnioski członków.

---

* **Sprostowanie.** W Nrze 8 Przegl. Lek. w artykule Dra Krówczyńskiego na str. 90 wiersz 8 od góry zamiast pewnym powinno być późnym i w szpalcie II w. 1 od góry zamiast przebył powinno być nabył.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.